

Anexo 1

Cuestionario de calidad de vida para la orbitopatía de Graves (GO-QOL)

Las siguientes preguntas se refieren específicamente a la orbitopatía de Graves (enfermedad ocular tiroidea). Al responder las preguntas, piense en la semana pasada.

Durante la semana pasada, ¿en qué medida tuvo limitaciones para la realización de las siguientes actividades debido a su enfermedad ocular tiroidea?

Marque la casilla que coincida con su respuesta. Las casillas corresponden a las respuestas que se encuentran sobre ellas. Marque una casilla detrás de cada pregunta.

		Sí, seriamente incapacitado/a	Sí, un poco incapacitado/a	No incapacitado/a
1.	Andar en bicicleta [nunca aprendí a andar en bicicleta ☐]	☐	☐	☐
2.	Conducir un auto [no tengo licencia de conducir ☐]	☐	☐	☐
3.	Moverse en casa	☐	☐	☐
4.	Caminar fuera de casa	☐	☐	☐
5.	Leer	☐	☐	☐
6.	Ver la televisión	☐	☐	☐
7.	Actividades recreativas o hobbies, por ejemplo	☐	☐	☐

		Sí, seriamente incapacitado/a	Sí, un poco incapacitado/a	No incapacitado/a
8.	Durante la semana pasada, ¿sintió que tuvo alguna limitación para hacer cosas que hubiera querido a causa de su enfermedad ocular tiroidea?	☐	☐	☐

Las siguientes preguntas se refieren a su enfermedad ocular tiroidea en general.

		Sí, mucho	Sí, un poco	No, en absoluto
9.	¿Siente que su apariencia ha cambiado a causa de su enfermedad ocular tiroidea?	☐	☐	☐
10.	¿Siente que le miran en la calle por su enfermedad ocular tiroidea?	☐	☐	☐
11.	¿Siente que recibe reacciones negativas por su enfermedad ocular tiroidea?	☐	☐	☐
12.	¿Siente que su enfermedad ocular tiroidea influencia en su autoestima?	☐	☐	☐
13.	¿Siente que su enfermedad ocular tiroidea influencia en su capacidad para hacer amistades?	☐	☐	☐
14.	¿Se siente socialmente aislado/a por su enfermedad ocular tiroidea?	☐	☐	☐
15.	¿Cree que aparece con menos frecuencia en las fotografías que antes de padecer su enfermedad ocular tiroidea?	☐	☐	☐
16.	¿Trata de disimular el cambio de aspecto causado por su enfermedad ocular tiroidea?	☐	☐	☐